

Acta Medica Okayama

Volume 7, Issue 2

1942

Article 8

MÄRZ 1943

Ein seltener Fall von nichtspezifischer entzündlicher Granulationsgeschwulst der Brustwand.

Takashige Kuroda*

*Okayama University,

Copyright ©1999 OKAYAMA UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL. All rights reserved.

Ein seltener Fall von nichtspezifischer entzündlicher Granulationsgeschwulst der Brustwand.*

Takashige Kuroda

Abstract

1. Kurzlich konnte ich bei einem 16 jährigen Madchen einen Tumor an der Vorderflache der rechten Brustwand beobachten. Bei der operativen Entfernung und histologischen Untersuchung stellte es sich heraus, daß es sich um einen nichtspezifischen entzündlichen Granulationstumor des großen Brustmuskels handelte, ein immerhin recht seltenes Vorkommen. 2. Beschreibung der klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde sowie Besprechung derselben.

Aus der I. Chirurgischen Klinik der Med. Fakultät Okayama
(Vorstand: Prof. Dr. H. Miyake).

Ein seltener Fall von nichtspezifischer entzündlicher Granulationsgeschwulst der Brustwand.

Von

Takashige Kuroda.

Eingegangen am 21. April 1942.

1. Einleitung.

Daß ohne histologische Untersuchung die Stellung der Diagnose einer Geschwulst außerordentlich schwer ist, bedarf keiner besonderen Erwähnung; sie sollte auf jeden Fall bei Verdacht auf einen bösartigen Tumor nach Möglichkeit vorgenommen werden, besonders aber in Fällen, in welchen eine genaue Darstellung der Geschwulste zur Differentialdiagnose zwischen den nichtspezifischen entzündlichen Granulationsgeschwulsten und den spezifischen entzündlichen erforderlich ist. Während Geschwulste wie Sarkom und die spezifischen entzündlichen Granulationstumore wie Gumma, Tuberkel usw. in der Brustwand ziemlich häufig sind, trifft man derartige nichtspezifische Granulationsentzündungen ganz selten an. Im allgemeinen ist eigentlich die nichtspezifische entzündliche Granulationsgeschwulst keine Seltenheit, weil sie nur als Entzündung, deren Entstehungsort nicht lokalisiert ist, zum Vorschein kommt. In der bisherigen Literatur liegen aber bis heute meines Wissens über diese Granulationsentzündungen, die sich im Bereiche des großen Brustmuskels finden, kaum Angaben vor.

Neuerdings konnte ich bei einem 16jährigen Mädchen einen großen Tumor an der Ansatzstelle des rechten großen Brustmuskels beobachten. Die Patientin hatte anfänglich wenig Schmerzen, jedoch machte ihr der Tumor wegen seiner Größe und dann auch wegen der immer mehr zunehmenden Schmerzen Beschwerden. Da der Tumor sowohl an der Haut wie an der Unterlage ziemlich festgewachsen war, wurde, da Verdacht auf ein Sarkom vorlag, zur Operation geschritten. Die mikroskopische Untersuchung ergab

T. Kuroda : Ein seltener Fall von nichtspezifischer entzündlicher usw. 157

aber, daß es sich hier um eine nichtspezifische entzündliche Granulationsgeschwulst handelte. Da diese Geschwulst wegen ihrer Lage eine ganz besondere Seltenheit darstellt, möchte ich nun über diesen interessanten Fall berichten.

2. Mein Fall.

Patientin. N. N. Schulmädchen.

Erste Konsultation am 25. März 1941.

Hauptklage : Anschwellung und Schmerz an der Brustwand.

Klinische Diagnose : Verdacht auf Sarkom der rechten Brustwand.

Histologische Diagnose : nichtspezifische entzündliche Granulationsgeschwulst.

Anamnese : Die Familiengeschichte bietet nichts Besonderes und eine hereditäre Belastung läßt sich nicht nachweisen.

Beginn und Verlauf der vorliegenden Krankheit : Angeblich kannte die Patientin von Kindheit an keine nennenswerte Erkrankung. Vor ca. 2 Wochen begann sich ein spontaner Schmerz an der Vorderfläche der rechten Brustwand geltend zu machen und kurz darauf kam eine Anschwellung an der betreffenden Stelle zum Vorschein. Diese Erscheinungen waren anfangs relativ erträglich, allmählich steigerten sie sich aber, angeblich ohne Fieber, von Tag zu Tag immer mehr. So nahm die Kranke ärztliche Hilfe in Anspruch und wurde von einem Landarzt punktiert. Das Punktat ergab angeblich nur eine kleine Menge von Blut. Dieser Zustand, ärztlicherseits anfänglich als Myositis später als Sarkom bezeichnet, konnte aber nicht beseitigt werden. Daher suchte die Kranke am 25. März unsere Klinik auf und wurde sofort aufgenommen.

Befunde : Statur mittelgroß. Fettpolster, Gesicht und Haut normal. Appetit gut, Zunge feucht, nicht abnorm belegt. Pupillen reagieren auf Licht normal. Temperatur 36,7°C axillar, Puls mittelgroß, gut gespannt. Lunge und Herz o. B., Lungenlebergrenze normal. Innenorgane ohne besonderen Befund. Urin frei von Zucker und Eiweiß. Schlaf ruhig, Stuhlgang einmal täglich.

Blut : Erythrozyten 3,65 Millionen, Leukozyten 8400, eosinophile Leukozyten 2%, stabkernige Leukozyten 5%, Lymphozyten 18%, segmentkernige Leukozyten 71%, Monozyten 4%, Senkungsgeschwindigkeit 1 St. 8, 2 St. 13. Wassermann-, Kahn- und Murata-Reaktion im Blute negativ. Hämoglobin 70 (Sahli).

Lokaler Befund : An der Vorderfläche der rechten Brustwand fand sich eine große, erhabene Einlagerung (8×6,5 cm), die relativ scharf gegen die Umgebung begrenzt war. Der Tumor war sowohl mit der Haut wie mit der Unterlage ziemlich verwachsen, oberflächlich mit bräunlichrot gefärbter und praller Haut bedeckt. Harte Konsistenz, bei kräftiger Palpation mäßige Druckschmerzhaftigkeit.

Operation und postoperativer Verlauf : Operation am 28. März.

Auf Grund obiger klinischer Befunde wurde der Tumor unter Sarkomverdacht bei Lokalanästhesie (Nupercain) exstirpiert. Beim operativen Eingriff, wobei der spindelförmige Hautschnitt parallel mit dem Verlaufe des rechten großen Brustmuskels vorgenommen wurde, ließ sich der Tumor ohne Schwierigkeit exstirpieren, da er an der Ansatzstelle desselben entstanden und mit der Umgebung nicht so stark verwachsen war,

Der Heilungsprozeß nahm einen recht guten postoperativen Verlauf und die Patientin wurde am 27. April als geheilt entlassen.

Befunde der Geschwulst.

Makroskopisches Präparat: Der Tumor hat eine Größe von 3,8 - 4,3 - 1,5 cm und ein Gewicht von 13,2 g. Nach Spaltung der Geschwulst traten ein hämorrhagisches Sekret sowie eine nekrotische Maße in sehr geringer Menge aus. Rings um diesen Herd ist das ziemlich harte, fibrinöse Gewebe.

Mikroskopisches: Die Granulationsentzündung stellt das Hauptkontingent des genannten Herdes dar. Diese geschwulstmäßige Gewebsbildung besteht äußerlich aus einem beträchtlichen Wachstum der Bindegewebsfasern mit Einschluß von etwas narbiger Veränderung; an der Innenseite aus einem Gewebe, welches histologisch gefäß- und zellreichen Granulationen entspricht, mit sehr reichlichen Fibroblasten, Fibrozyten, Lymphozyten und Monozyten, zum Teil wenig eosinophilen sowie polynukleären Zellen.

Auch zeigt die zentral vorhandene junge Granulation außer dem oben geschilderten Befunde eine deutliche Neubildung der Blutgefäße, während bei der in der Peripherie liegenden Granulation vorwiegend eine reichliche Infiltration von Leukozyten und Monozyten beobachtet wird. Die Granulationen setzen sich hauptsächlich nach der Umgebung hin fort und sind schließlich nicht nur ins Parenchym der Muskelbündel sondern teilweise zwischen Muskelfasern hineingewuchert. In den Muskeln, die in der Granulation hyalin entartet sind, wurde eine Querverbindung nicht



Fig. 1. Die Operationsnarbe,

gefunden, daneben zeigte sich zum Teil eine Wucherung der Kerne. In einem Schnitt, welcher normale Muskeln und den angrenzenden Tumor trifft, zeigen die Muskeln mehr oder weniger sowohl ein Bild von Druckatrophie und ein Verschwinden der Querbindungen wie auch bis auf geringe Ausnahmen viele Vakuolenbildungen in den Muskelfibrillen.



Fig. 2. Der exstirpierte Tumor.

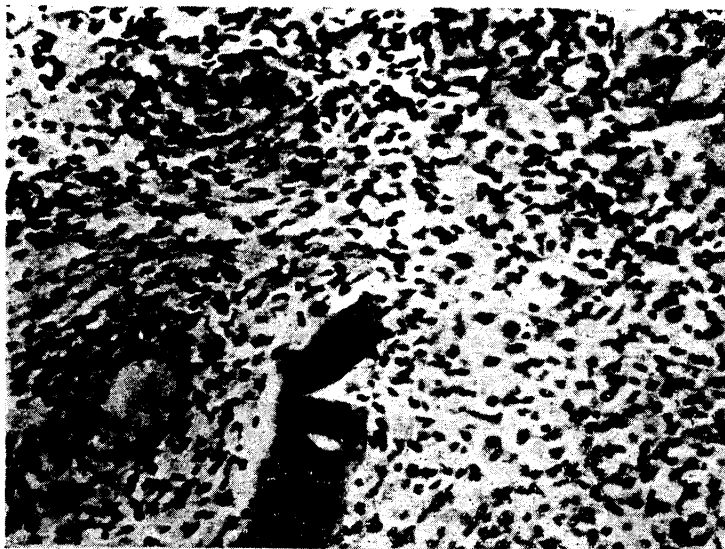


Fig. 3. Die Granulationsentzündung
(Mik. Befund) (stärker vergrößert).

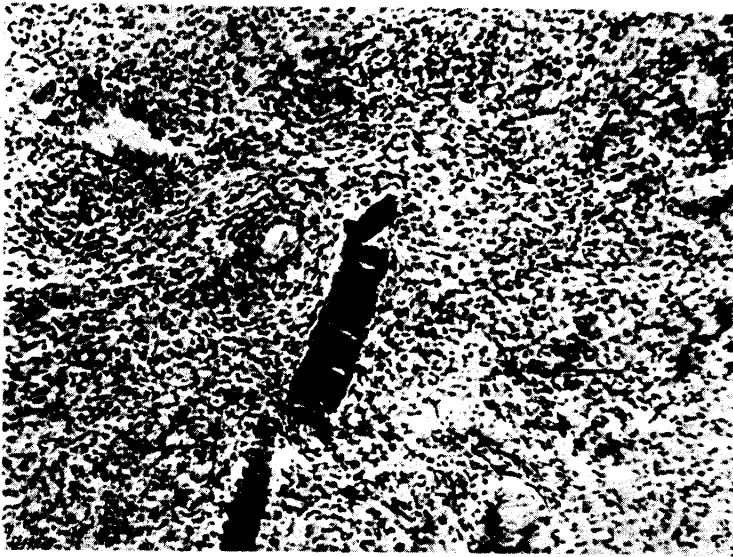


Fig. 4. Die Granulationsentzündung
(Mik. Befund).

3. Besprechung.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht bedeutet die spezifische entzündliche Granulationsgeschwulst im allgemeinen eine Reihe von spezifischen Veränderungen (wie Gumma, Tuberkel, Aktinomykose usw.), die sich dadurch auszeichnen, daß das gemeinsame Kennzeichen in einer charakteristischen Wirkung aufs Gewebe besteht; z. B. findet sich eine ausschlaggebende Wucherung der Granulationsgewebe, die entweder auch ohne irgendwelche morphologische Veränderung länger anhält oder bei der eine stürmische Tendenz zur Nekrose und Verkäsung zu beobachten ist, des weiteren in der Regel Gefäßneubildung usw.

Wie oben erwähnt, stellt die Granulationsentzündung bei einem selbstbeobachteten Falle das Hauptkontingent des genannten Herdes dar und die pathologisch-anatomischen Veränderungen dieser Geschwulst kommen denjenigen der oben geschilderten spezifischen entzündlichen Granulationsgeschwülste bis zu einem gewissen Grade nahe. Daß aber im vorliegenden Fall keine Plasmazelleninfiltration oder Periarteritis usw. differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen ist, geht daraus klar hervor, daß niemals irgendeine luetische Erkrankung sowohl anamnestic wie klinisch zu verzeichnen ist. Bei der histologischen Untersuchung wurde auch eine Gefäßneubildung gefunden, wie sie beim Tuberkel der Fall ist. Diese Gefäßneubildung aber beschränkt sich im angeführten Falle nur auf die zentral liegende junge Granulation. Nach diesem histologischen sowie

klinischen Befunde dürfte diese Geschwulst von einer tuberkulösen leicht zu unterscheiden sein. Des ferneren sind, was die die Brustwand, insbesondere den großen Brustmuskel angreifenden Erkrankungen anbelangt, Angaben über Sarkom, zystische Lymphangiome, Myositis fibrosa, Phlegmone, subkutane Ruptur usw. im Schrifttum zu finden. Zur Differentialdiagnose solcher Erkrankungen sind selbstredend die klinischen, insbesondere die histologischen Untersuchungen am Platze.

Wenn man nun das oben beschriebene Krankheitsbild in allen seinen Teilen einer diagnostischen Prüfung unterzieht, so muß wohl mit Recht vorweggenommen werden, daß es sich im vorliegenden Falle um einen ganz seltenen, nichtspezifischen, entzündlichen Granulationstumor handelt.

Wie ich in der Einleitung beschrieben habe, müßten viele Angaben über solchen unspezifischen Granulationstumor vorliegen, weil er unabhängig vom Entstehungsort als Entzündung zum Vorschein kommt. Legen wir uns die Frage vor, warum in der bisherigen Literatur nahezu keine Mitteilung vorhanden ist, so möchte ich diesbezüglich die Vermutung aussprechen, daß man wahrscheinlich derartige geschwülste als alltäglich abfertigt, ohne daß eine eingehende histologische Untersuchung vorgenommen wird.

Welcher Komponente eine Rolle bei der Bildung des betreffenden, entzündlichen Tumors zufällt, ließ sich weder aus der Entwicklung des Krankheitsbildes, noch aus den Symptomen, noch aus dem makro- und mikroskopischen Befunde entscheiden.

Die Behandlung soll möglichst eine kausale sein und zwar kann als alleinige Behandlung solcher entzündlichen Granulationstumore nur die Exstirpation angesehen werden, da ja erwiesenermaßen nicht selten gutartige Tumore bösartig degenerieren.

4. Zusammenfassung.

1. Kürzlich konnte ich bei einem 16 jährigen Mädchen einen Tumor an der Vorderfläche der rechten Brustwand beobachten. Bei der operativen Entfernung und histologischen Untersuchung stellte es sich heraus, daß es sich um einen nichtspezifischen entzündlichen Granulationstumor des großen Brustmuskels handelte, ein immerhin recht seltenes Vorkommen.

2. Beschreibung der klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde sowie Besprechung derselben.

Literatur.

Hufnagl, Wien Med. Wochenshr. Jg. 79, S. 1148, 1929. — Schloffer, Arch. f. kli Chir. Bd. 88, S. 1, 1909.